DECLARACION SINIESTRO: ACCIDENTES

Nº Póliza		**Nº de Siniestro**			
Tomador		**Domicilio**			
Población		**C.P.**		**Prov.**	

DATOS DEL LESIONADO

Nombre y Apellidos:		**Edad:**
Domicilio:		**Población:**
C.P:	**Provincia:**	**Telf.:**

DATOS ACCIDENTE

Fecha: **Hora:** **Lugar del accidente:**

Descripción del Accidente:

Declarante del siniestro: **Telf.:**

Procedimiento en caso de accidente:

- El Tomador de la Póliza cumplimentará este impreso y lo remitirá a Asegrup, mediante fax nº 91-770.11.75 o bien al e-mail siniestros@asegrup.net.
- El lesionado entregará este impreso en el Centro Hospitalario.
- El centro sanitario enviará el informe de urgencias a Asegrup por fax o correo y la factura a:

  Glorieta de Cuatro Caminos, 6 - 7, 6º - Oficina 2 - 28020 (MADRID).

- La realización de intervenciones quirúrgicas, ingresos y pruebas especiales requieren previa autorización de la entidad, solicitándolo al fax 91-770.11.75

Sello y firma del Tomador del Seguro,

MUY IMPORTANTE: ENTREGAR ESTE PARTE FIRMADO POR EL TOMADOR DE LA PÓLIZA AL CENTRO MÉDICO